"G E S U N D H E I T U N D L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr.32 (100) Jahrgang III. Krakau, den 16.August 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstrasse 11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v. W ü r z e n . Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse, Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau, Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.-

Inhaltsverzeichnis :

Über die Trockenblut-Probeagglutination bei Infektionskrankheiten und ihre Anwendung bei der Bekämpfung des epidemischen und endemischen Fleckfiebervorkommens.

Von W. Steuer, Oberarzt d.R., Leiter der Hyg.-Bakt. H.U.St. Krakau.

Abdruck aus der Münchener Medizinischen Wochenschrift 1942, Nr.2, S.33.

(Schluss)

Es erhebt sich schliesslich noch die Fragem ob es mittels der im Massenversuch leicht anwendbaren TrBA. vielleicht möglich ist, das schwierige Problem der Auffindung von Typhusbazillenträgern seiner Lösung näher zu bringen. Frühere Versuche der serologischen Erfassung von Bazillenträgern haben kein befriedigendes Ergebnis gezeigt /Christensen und Paulson/. Aussichtsreicher erscheint neuerdings die von Pipe und Crooker zu denselben Zwecken verwendete Vi-Agglutination. Typhusbazillenträger zeigen nach Angabe dieser und anderer Autoren /Elliot/ einen meist merklichen, zum Teil bedeutenden Titer an Vi-Agglutininen, Gesunde, Typhusrekonvaleszente und Genesene haben fast sämtlich negativ reagiert. Wenn diese Angaben sich als zutreffend erweisen, so würde zu prüfen sein, ob und inwieweit eine Vi-Bazillenaufschwemmung mit dem Trockenblut eine Reaktion ergibt, und welche Einstellung der Reaktion am günstigen ist, um Bazillenträger zu erfassen. Diese Untersuchungen müssen für spätere Zeiten vorbehalten bleiben.

Dagegen ergab sich bereits hinreichend Gelegenheit, die Trockenblut-Reaktion zu benutzen, um das Problem der Fleckfieber-Immunität in neuer Weise zu prüfen. Damit komme ich zum zweiten Teil des Vortrages.

Angeborene Voll-Immunität gegen Fleckfieber wird im Schrifttum allgemein bestritten. Dagegen finden sich Angaben, dass in endemischen Fleckfieber-Gegenden Kinder eine gewisse individuell Resistenz besitzen und die Infektion nicht selten unerkannt als Kinderkrankheit leicht überstehen und lange Immunität erwerben. /Bauer, Schittenhelm, Holler/. Rassenunterschiede im Krankheitsbilde werden im allgemeinen nicht angenommen. Schittenhelm fand aber, dass Rassen, bei denen Fleckfieber endemisch ist, in milderer Form erkranken. Das Vorkommen latenter Krankheitsfälle wird von vielen Autoren bezweifelt, andere /Bauer, Reder, Schittenhelm/ wollen sie selten gesehen haben, wobei aber hier nicht gesagt werden kann, was darunter verstanden wurde. Holler glaubt dass solche unausgebildete Fälle am ehesten bei schon einmal

Erkrankten oder bei Schutzgeimpften zu finden sind. Mit J ü r g e n s will er der Annahme, dass bei Fleckfieber latentes Kranksein und symptomlose Infektion vorkommen, keine grössere Bedeutung zuerkennen.

Durch die TrBA. ist eine einfache diagnostische Schnellmethode an die Hand gegeben, um systematische s e r o l o g i s c h e R e i h e n u n t e r s u c h u n g e n nach atypischen, leichten und unerkannten Krankheitsformen des Fleckfiebers vorzunehmen. Sie wurden bei der Fleckfieberbekämpfung im Distrikt Krakau in Form von Umgebungsuntersuchungen durchgeführt.

Zuerst seien einige Bemerkungen über das Arbeiten mit der Schnell-Agglutination in Epidemiegebieten vorausgeschickt. Allgemein kann gesagt werden, dass sich die TrBA. bei zahlreichen Epidemien als Diagnosemittel bewährt hat, und dass eine ergänzungsweise Ausführung der Weil-Felix'schen-Reaktion niemals notwendig gewesen ist, wenn das klinische Bild mit berücksichtigt wurde. Insbesondere erwies es sich als vorteilhaft, dass von einem Seuchenherd in wenigen Stunden mehrere Hundert von Blutpräparaten abgenommen werden konnten, darunter auch von Kindern, bei denen sonst eine Venenpunktion Schwierigkeiten bereitet und unter Verhältnissen, bei denen das Arbeiten mit dem Punktionsbesteck und seine wiederholte Sterilisation sehr erschwert ist. Die gleichzeitige Untersuchung zahlreicher Blutstropfen war praktisch oft notwendig, da die beobachteten Epidemien nicht am Beginn, sondern erst im weiteren Verlauf oder gar am Höhepunkt von den einheimischen Ärzten erkannt und gemeldet worden sind. Bei der Untersuchung an Ort und Stelle war ein rascher diagnostischer Überblick über das Fleckfiebervorkommen zu gewinnen, was sonst niemals möglich war. Der Wert dieser Untersuchung zeigte sich aber auch darin, dass die notwendigen Bekämpfungsmassnahmen schnellstens angewendet werden konnten, während bei den gegenwärtigen Postverbindungen die Ergebnisse der Laboratoriumsuntersuchung beim Absender oft erst nach einwöchiger Zeitdauer eintrafen und Klarheit brachten. Schliesslich war es auch aus anderen Gründen nützlich, dass Probeentnahme, Diagnose und Abwehr zusammen an einem Fleckfieberherd bei einmaliger Ortsbesichtigung durchgeführt werden konnten. Bei den äusserst schlechten Wegeverhältnissen im Generalgouvernement, bei denen manches Dorf mit dem Auto gar nicht und nur zu Pferd, mit Pferdewagen oder zu Fuss erreichbar und nachher immer noch manche Unbilden, grundloser Morast und Umwege über Felder und Wiesen zu den verstreuten Einzelgehöften überwunden werden müssen, ist der letzte Umstand, nicht der unwichtigste und hat vielfach an einer Verzögerung der Fleckfieberbekämpfung Schuld.

Bei den vorgenommenen Untersuchungen erwies es sich als zweckmässig, einige Ergänzungen in der Methodik der TrBA. vorzunehmen.

So wurde bei Reihenuntersuchungen an Schulkindern von jeder Person nur ein Blutstropfen mit der Normalöse abgenommen. Auf jeden Objektträger wurden drei Tropfen, also von drei verschiedenen Personen, ausgebreitet. Dadurch trat eine Zeitersparnis bei der Blutentnahme wie bei der Untersuchung ein. In 90 Minuten wurden 200 Präparate hergestellt und in knapp zwei Stunden untersucht. War ein Tropfen positiv /mit 0,02 ccm B.A./, so wurden von dem Betreffenden nochmals in der üblichen Weise drei Blutstropfen abgenommen und mit den verschiedenen Mengen der B. versetzt. In ähnlicher Weise wurden auch ohne Benutzung der Oes einfache Klatschpräparate von dem herausgetretenen Blutstropfen angefertigt, wieder drei Tropfen von verschiedenen Personen auf ein Glas. Die Zeitdauer der Abnahme war dieselbe wie oben, gleichen die Weiterbehandlung der Präparate.

Um die bei 75° abgetötete Proteus-X19-Aufschwemmung dauerha zu machen, wurden ihr 20proz. Alk.abs. zugesetzt. Sie hielt sic so bis zu fünf Monaten brauchbar, schien sogar etwas zu reifen und empfindlicher zu werden. Neuerdings sind auch einfache Versuche zur Herstellung von Trockenbakterien, also Bakterienpulve das bei Bedarf in Kochsalzlösung aufgeschwemmt wird, im Gange. Schliesslich sei erwähnt, dass die Präparate bei der Reinigung der Gläser wie infektöses Material behandelt worden sind.

Die Fleckfieberfälle und Epidemien verteilen sich auf 28 Dörfer und Städte des Landkreises Krakau und Miechow. In 10 Orten handelte es sich um grössere Epidemien von 25 bis 88 Fällen Die Epidemien sind zumeist in Orten aufgetreten, die seit vielen Jahren fleckfieberfrei gewesen sind. Die Ursache hierfür ist häufig in der Aussiedlung der Juden zu erblicken, die, in einem Ort erntfernt oder unter Sondermassnahme gesetzt, in anderen Dörfern und Städten Fuss zu fassen versuchten und so Kleiderläuse und Fleckfiebervirus, besonders in den Notunterkünften, v breiteten. Desgleichen kommt dem jüdischen Handel und Schleichhandel gewisse Bedeutung zu. Ferner wurde das Fleckfieber auch vielfach durch Bettler, Zigeuner und Landstreicher, die stark verlaust waren, von Ort zu Ort getragen. Beachtenswert ist, dass diese Epidemien in das Frühjahr gefallen sind. Wie schon im vorhergehenden Jahre, fällt auch in diesem Jahre die Höchstzahl des Fleckfiebervorkommens in Südpolen in die nachwinterliche Zeit, wo die strenge Kälte nachlässt, und der Verkehr zunimmt. Der Charakter der diesjährigen Epidemien war sowo bei Polen wie bei Juden trotz der Kriegsernährung nicht sonderlich schwer. Die Mortalität betrug auch dort, wo seit vielen Jahren kein Fleckfieber war, zwischen 2 bis 20%, worunter noch manchmal alte Leute fallen. Von allen 544 diagnostizierten Fällen betrug die Sterblichkeit rund 11%.

Ueber die ausgeführten serologischen Umgebungsuntersuchung ist im einzelnen folgendes zu sagen. Von der Gesamtzahl der 879 untersuchten Personen waren 185 unter 12 Jahren und 694 über 12 Jahre, 419 männlich und 460 weiblich. Von den untersuchten Personen haben 673 negativ und 206 positiv reagiert.

Von den negativen Fällen waren je 10 frisch erkrankt oder in letzter Zeit krank gewesen, also rekonvaleszent. Die Bedeutung des Weil-Felix ist also in den ersten Tagen der Krankheit und in der Rekonvaleszenz beschränkt, wie auch hierdurch bestätigt wird. 23 negativ reagierende Personen hatten vor Jahren Fleckfieber durchgemacht. Von den 206 positiven Fällen waren 100 krank und 25 rekonvaleszent. Eine grössere Gruppe weiterer Personen, die nicht als Fleckfieber erkannt waren, reagierte ebenfalls positiv. Diese standen nicht in ärztlicher Behandlung, waren nicht erfasst und hatten sich selbst nur vorübergehand nicht ganz gesund gefühlt. Sie erklärten auf Befragen, dass sie einige Zeit Kopfschmerzen und manchmal, wie sie glaubten, Fieber gehabt hätten oder auch nur eines von beiden. Einige waren nur kurz unwohl oder erkältet, glaubten Grippe zu haben, einzelne hatten Kreuzschmerzen oder Katarrh. Eine andere Gruppe hatte gar kein Krankheitsbewusstsein, bei der Untersuchung fand sich aber ein mehr oder weniger deutliches fleckiges Exanthem. Insgesamt sind 41 derartige Fälle, von denen 6 eine negative TrBA. hatten, festgestellt worden. Insgesamt betragen diese Fälle 8% der Fleckfiebererkrankungen. Es ist aber nicht möglich, damit etwa die Häufigkeit ihres Vorkommens überhaupt auszudrücken. In einem Orte war z.B. ein Fleckfieberfall gemeldet, bei der Umgebungsuntersuchung fanden sich noch 4 ambulatorische Fälle, in einem anderen Ort bei einem Fleckfieberfall 3 ambulatorische Fälle, in weiteren Orten war das Verhältnis 64: 7, 3:3, 25:4, 38:2 oder 37:11 ambulatorischen Fällen. In anderen Orten fanden sich gar keine ambulatorischen Fälle. Zu erwähnen ist aber dabei, dass nicht an allen Orten und nicht bei allen Fleckfieberfällen Untersuchungen der Umgebung oder gesamten Umgebung gemacht worden sind bzw. gemacht werden konnten. Ausserdem zeigten die Prüfungen auch dort, wo sie weitgehend durchgeführt worden sind, nur das Bild eines oder einiger Tage, während die Epidemien zum Teil zwei Monate und länger andauerten. Über das Verhältnis der ambulatorischen zu den mehr oder weniger typischen Fällen im Verlauf einer Epidemie lässt sich also vorläufig nichts sagen. Offenbar kommen sie manchmal ziemlich häufig vor. Eine Liste dieser Fälle wird demnächst veröffentlicht. Zu bemerken ist noch, dass der Übergang, von diesen Fällen zu solchen, die von seiten des Klinikers als "ambulatorisch" bezeichnet werden, fliessend ist. Die Grenze zu diesen Fällen ist etwas willkürlich gezogen worden. Es sind hier fast durchweg nur solche Fälle berücksichtigt, die gar keine oder vereinzelt keine nennenswerte Bettlägerigkeit aufgewiesen haben und nicht erkannt waren, 22 solche ambulatorische Fälle betrafen Personen weiblichen Geschlechtes, 19 waren männlich. In der Hauptsache waren es Kinder und Jugendliche. 9 Personen waren im Alter von 18 bis 45 Jahren. Die Fälle betrafen sowohl Polen wie auch Juden und kamen auch in Orten vor, die seit mehreren Jahren und Jahrzehnten kein Fleckfieber gehabt haben. Achtmal gehören 2 oder mehr solche Fälle zu einer Familie, so dass vielleicht von familiärer Häufung gesprochen werden kann.

Wie die serologische Untersuchung und manchmal auch schon der klinische Befund zeigt, handelt es sich offenbar in allen

diesen Fällen um Fleckfieber ambulatorischer und, praktisch gesehen, latent verlaufender Art, da nicht bemerkt. Die Weil-Felix-Reaktion ist meist deutlich oder hoch positiv, zuweilen aber niedrig oder negativ. Die bekannten Grenzen der serologisc Diagnostik sind auch hier zu finden.

Für die epidemiologische Bedeutung der ambulanten Krankheitsfälle spricht Fall Nr.34 und 35. Der 14j. Knabe erkrankte ambulatorisch, war nicht in Behandlung und nicht diagnostiziert. Ungefähr zehn Tage später erkrankte seine an Haus und Bett gefessel kyphoskolitische Tante ebenfalls ambulatorisch, wiederum 14 Tage später erkrankten in der Nachbarwohnung typisch Mutter und Kind. Der zeitliche Ablauf der Fälle lässt eine Ansteckung aneinander ziemlich sicher erscheinen. Dieselbe epidemiologische Bedeutung hat Fall Nr.223, nach welchem drei Wochen später die Mutter typisch erkrankte. Besonders gefährliche Krankheitsverbreiter müssen offenbar Schulkinder, Landstreicher, Händler usw werden können.

Bei den Untersuchungen Fleckfieberkranker fanden sich ausser den ambulatorischen Fällen auch solche, bei denen ohne jegliche klinischen Befund eine positive Weil-Felix-Reaktion bestand. 37 artige Fälle sind im ganzen erfasst worden /im Druck/. Bei den symptomlos positiven Fällen ist zunächst nicht sicher, ob der Weil-Felix, zumal er als Par-Agglutination zu betrachten ist un oft nur mittlere Titerwerte erreicht, als spezifisch oder unspezifisch bewertet werden soll. Wichtig ist jedenfalls hierbei, über das Vorkommen unspezifischer Titer bei Gesunden im allgemeinen Kenntnis zu haben. Hierüber weiter unten. Bei mehreren dies Fälle fällt wiederum die Zugehörigkeit zu einer Familie auf. Drei Fälle, die ganz schwach positiv reagierten, sind 14 Tage n diesen Untersuchungen an Fleckfieber verhältnismässig leicht erkrankt. Ein geringer Titer hat also nichts mit absoluter Immunität zu tun. Es fragt sich aber, ob er vielleicht, sofern er spezifisch verursacht ist, einen relativen Schutz vor schwerer Krankheit bedeutet. Fall 408 spricht für s t u m m e I n f e k t i Zuerst ein Titer 1: 200, vier Wochen später 1: 3200, dabei selb völlig gesund bei gleichzeitiger Krankheit zweier Geschwister. Ähnlich ist es vor allem bei fünf weiteren Fällen.

In diesen und den ambulatorischen Fällen müsste in erster Linie das V i r u s r e s e r v o i r, das für das sprungweise Auftreten und auch für die Übersommerung des Fleckfiebers in Frage kommt, liegen bzw. gesucht werden. Obwohl die Tatsachen schon ziemlich dafür sprechen, dass hierunter latente Fleckfieberinfektionen vorkommen, wird der endgültige Beweis erst nach Ausführung der Rikettsien-Agglutination in den fraglichen Fälle zu führen sein. Ihr positiver Ausfall dürfte die Beweiskette völlig schliessen. Die entsprechenden Versuche sind in Angriff genommen. Die ersten positiven Ergebnisse liegen mit freundlicher Unterstützung durch Herrn Dr. Wohlrab - Warschau bereits vor.

Inzwischen ist noch die Frage untersucht worden, ob, in welchem Umfange und welcher Höhe Weil-Felix-Titer bei Gesunden und heterologen Kranken vorkommen. Es wurden an Fleckfieberorten und in seuchenfreien Orten Reihenuntersuchungen vorgenommen. Unter 1080 Untersuchungen waren 42, teilweise in seuchenfreien Orten, schwach positiv. Der Weil-Felix-Titer betrug 1: 200 + bis 1: 200, niemals aber mehr. Eine gewisse Häufung dieser Fälle ist bei Juden, obwohl sie mit Fleckfieber keine Berührung gehabt haben, zu bemerken. Ob diese Titer spezifisch oder unspezifisch sind, muss noch geklärt werden. Insgesamt kann gesagt werden, dass im Gegensatz zur direkten Umgebung Fleckfieberkranker in deren weiterem Umkreis keine höheren Titer als 1: 200 gefunden worden sind. Titer bei "Gesunden" im Fleckfiebergebiet, die höher als 1: 200 sind, sprechen also auch demnach für eine besondere Ursache, in erster Linie für latente Fleckfieberinfektion. Auch Reihenuntersuchungen von heterologen Kranken haben ergeben, dass unspezifische Weil-Felix-Titer höheren Grades kaum angetroffen werden. 1000 Proben von fieberhaft erkrankten Polen, zum Teil auch Juden /Typhus, Ruhr, Pneumonie, Meningitis, Grippe usw./ sind daraufhin untersucht worden. Bei der Ablesung der Weil-Felixschen-Reaktion nach 20 Stunden und mit blossem Auge fanden sich 3 positive Fälle /Weil-Felix 1: 100, 1: 100+, 1: 100 +/. Einer davon war ein sicherer Typhus abdominalis, der zweite ein nicht bestätigter Typhusverdachtsfall, der dritte ein Fleckfieberverdachtsfall aus einem Seuchenherde, wobei offenbleiben muss, ob es nicht eine ambulatorische Krankheit war.

Schliesslich wurden 1487 Untersuchungen nach Weil-Felix mit dem Serum Kranker, insbesondere fieberhaft Kranker, mit Verdacht auf Typhus, Ruhr, Grippe, Fleckfieber u.ä. eingelieferter deutscher Soldaten vorgenommen. Das Ergebnis ist bei Ablesung nach 20 Stunden mit dem Agglutinoskop folgendes: Von deutschen Soldaten, die mit Fleckfieber praktisch keine Berührung gehabt haben, ist nicht so selten ein unspezifischer Weil-Felix-Titer 1: 50 und auch noch 1: 100 erreicht worden, nämlich 99 bzw. 43 mal. Einen Titer 1: 200 wiesen 2 Fälle auf, die fieberhaft erkrankt waren. Allerdings ist zu bemerken, dass die Agglutination meist feinkörnig oder jedenfalls nicht so total, wie bei Flecktyphus gewesen ist. Sie kann aber auch bei beginnendem Fleckfieber zunächst so aussehen. Dreimal wurde ein höherer Titer als 1: 200 erreicht. Einmal davon handelte es sich allerdings um ein hämolytisches Serum /Titer 1: 400/, einmal um Paratyphus B, in dessen Verlaufe der Weil-Felix auf 1: 400 stieg und schliesslich um einen katarrhalischen Ikterus /Titer 1: 640°/. Vielleicht handelt es sich hierbei auch um das Auftreten einer anamnestischen Reaktionen nach Proteus-X19-Infektion. Diese seltenen Fälle können aber die praktische Bedeutung der Weil-Felix-Reaktion nicht einschränken und auch nicht das Auftreten höherer positiver Reaktionen in der Umgebung Fleckfieberkranker im Sinne der Unspezifität genügend erklären.

Aus den Untersuchungen ergeben sich verschiedene Schlussfolgerungen. Zunächst ist auf breiter Basis bestätigt, dass Kinder nicht selten das Fleckfieber leicht und unerkannt unter verschiedenen subjektiven und objektiven Erscheinungen über-

stehen, desgleichen aber auch Jugendliche, und zwar selbst dann, wenn sie in fleckfieberfreien Orten leben und bisher keine Berührung mit der Seuche gehabt haben. Sogar Erwachsene können in der gleichen Lage ambulatorisch erkranken. Es besteht also ein in der Kindheit und Jugend vorkommender relativ, natürlicher Schutz, der im Erwachsenenalter abnimmt. Die Resistenz ist aber individuell sehr verschieden ausgeprägt, jedenfalls gibt es unter Kindern und Jugendlichen auch klassische und erkannte Krankheitsfälle. Zu beachten ist ferner, dass obige Ergebnisse natürlich eine Rasse betreffen, bei der Fleckfieber lange endemisch ist. Ferner kommen in endemischen Fleckfiebergebieten auch praktisch latente Infektionen bei Kindern und Jugendlichen vor. Die Weil-Felix-Reaktion kann dabei hoch positiv sein. Auch bei Erwachsenen ist vereinzelt eine hohe Weil-Felix-Reaktion festgestellt worden, ohne dass gleichzeitig ein Krankheitsbewusstsein bestand oder bestanden hat. Schutzimpfung ist nicht vorausgegangen, frühere Erkrankung an Fleckfieber war nirgends nachzuweisen. Die in einigen dieser Fälle vorgenommene Rikettsien-Agglutination war positiv. Weitere Untersuchungen müssen folgen.

Für die Seuchenbekämpfung ergeben sich folgende Forderungen:

1. Es ist notwendig, die hier geübte Form der Umgebungsuntersuchungen bei der Abwehr des Fleckfiebers allgemein in Anwendung zu bringen, um alle Fälle, insbesondere auch die leichten symptomarmen und latenten schnell zu erfassen. Dabei darf man sich nicht allein auf die Familie des Erkrankten beschränken, sondern muss auch in der Nachbarschaft nach dem Vorkommen von Kopfschmerzen, Fieber, Erkältungen usw. fragen, nach Exanthemen und Exanthemresten fahnden und serologisch untersuchen. Bei Anwendung der Schnellreaktion ist völlige Beherrschung der Technik und Fehlerquellen sowie praktische Erfahrung notwendig. Kritische Vorsicht in der Beurteilung der Fälle ist Grundsatz.

2. Die ambulatorischen und symptomlosen Fälle müssen bei der Seuchenbekämpfung in die Isolierung und Entlausung einbezogen werden, da sie zur Weiterverbreitung der Krankheit beitragen können. Sie sind Träger infektiöser Kleiderläuse, durch die sie krank geworden sind. Womöglich können sie noch weitere Läuse anstecken. Da die Infektion der Läuse bei leichten Fleckfieberformen in geringerem Masse und seltener als bei schweren Fällen erfolgt, sind hierzu aber noch weitere Untersuchungen notwendig.

Um Nachprüfung der Ergebnisse wird gebeten.

Schrifttum: Zit.n.Holler, Med.Klin. 1941, Nr.18/19.- Ferner: Kudicke u. Steuer: Arb. Staatsinst. exper. Ther. 1940, H.40.- W. Steuer: Z. Immunit.forsch. 1941, Bd.99, H.1; Bd.100, H.2 u. H.5 und im Druck. Weitere Zitate dort.

- - - - - -
- - - - -
- - - -

Die Sozialversicherungskasse in Warschau

veröffentlich eine Stellenausschreibung

a/ auf 8 Hausarztstellungen mit dem Sitz in Warschau mit der Entlohnung für 5 Arbeitstunden täglich und mit der Zulage für das Halten von Praxisräumen,

b/ auf Hausarztstellungen:

2 in	Piastów	mit	5	Arbeitstunden täglich
"	Baniocha	"	2,5	" "
"	Zaborów	"	2	" "
"	Pyry	"	2	" "
"	Maciejowice	"	1	" "
"	Tarczyn	"	1	" "
"	Jadów	"	1,5	" " und mit den Zulagen für das Halten von Praxisräumen und die Fahrten zu den Kranken.

c/ auf Facharztstellungen:

Vertrauensarzt	mit	5	Arbeitstunden täglich
Röntgenolog	"	5	" "
Bakteriolog-Analytiker	"	5	" "
Facharzt für Innenkrankheiten /Konsultant/	"	2	" "

Die Bewerber müssen in der Gesundheitskammer registriert sein, die nötigen Befähigungen und die nötige Ausbildung besitzen, was durch eine amtliche Bescheinigung der hier für zuständigen Dienststelle nachzuweisen ist.

Ausserdem müssen die Bewerber über ausreichende Kenntmisse in der Sozialhygiene und der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge verfügen und mit den Grundzügen der Sozialversicherungsgesetze vertraut sein.

Gesuche mit nötigen Urkunden und mit einem eigenhändig geschriebenen Lebenslauf sind an die Sozialversicherungskasse in Warschau bis 31.8.1942 zu richten.

Der Deutsche Chefarzt
der Sozialversicherungskasse
in Warschau
/-/ Dr. Herbeck.

Die Sozialversicherungskasse in Siedlce

schreibt die Stellen :

1/ eines Chefarztes und
2/ eines stellvertretenden Chefarztes aus.

Die Bewerber für diese Stellen haben die gemäss Art.49 Abs.3 des Gesetzes über die Sozialversicherung vom 28.3.1933 /Ges. Bl.d.R.P.Nr.51, Pos.396/ geforderten Befähigungen zu besitzen sowie folgende Urkunden oder deren beglaubigte Abschriften beizufügen:

a/ Geburtsurkunde,
b/ Diplom der beendigten ärztlichen Fakultät der Universität, welches zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt,

c/ Beweismaterial über die Studien und die bisherige Tätigkeit,

d/ einen eigenhändig geschriebenen Lebenslauf,

e/ Bescheinigung über einen 5-jährige Tätigkeit in der Stellung eines Verwaltungsarztes, von der mindestens 1 Jahr auf die Sozialversicherungskasse entfallen muss,

f/ Bescheinigung über eine 3-jährige Praxis in Heilanstalten /Klinik oder Krankenhaus/.

Von den Bewerbern auf diese Stellen wird deutsche Sprachkenntnis erfordert.

Der Chefarzt hat keine andere Stellung gegen Vergütung einzunehme Ebenso ist die Ausübung durch ihn von besoldeten Tätigkeiten ausserhalb der Sozialversicherungskasse ohne Genehmigung der Aufsichtsbehörden nicht erlaubt. Für die Stellung des Chefarztes bezw. des stellvertretenden Chefarztes ist eine monatliche Vergütung vorgesehen, deren Höhe im Stellenplan festgesetzt ist.

Anträge mit den Urkunden sind an die Anschrift der Sozialversicherungskasse in Siedlce in versiegelten Umschlägen mit der Aufschrift "Stellenausschreibung auf die Stellung des Chefarztes bezw. " Stellenausschreibung auf die Stelle des stellvertretenden Chefarztes" innerhalb 14 Tagen vom Datum dieser Veröffentlichung ab gerechnet, einzureichen.

Der Leiter
der Sozialversicherungskasse
in Siedlce
gez. Sorge
Regierungsrat.

Die Sozialversicherungskasse in Siedlce

schreibt folgende Ärztestellen aus

und zwar:

1/ eines Hausarztes mit dem Sitz in Jabłonna-Lacka, Kreis Sokolow – mit einer Vergütung für 1 Stunde,

2/ eines Hausarztes mit dem Sitz in Korytnica, Kreis Węgrów – mit einer Vergütung für 1 Stunde,

3/ eines Phthisiologen mit dem Sitz in Ostrow-Maz. – mit einer Vergütung für 4 Stunden,

4/ eines Nervenarztes mit dem Sitz in Siedlce – mit einer Vergütung für 3 Stunden.

Die Bewerber für diese Stellen haben sich mit amtlicher Bescheinigung seitens der zuständigen Behörden auszuweisen, dass sie bei der Gesundheitskammer registriert sind und auch die nötigen Befähigungen und Vorbereitungen besitzen.

Ausserdem müssen die Bewerber genügende Kenntnisse aus dem Bereiche der sozialen Hygienie und der Vorbeugungsmedizin besitzen und auch in allgemeinen Grundrissen die bei ihrer Praktik unvermeidlichen Vorschriften der sozialen Gesetzgebung kennen.

Die Eingaben mit den entsprechenden Beweisbelegen und dem eigenhändig geschriebenen Lebenslauf sind unter der Anschrift der Sozialversicherungskasse in Siedlce innerhalb 14 Tagen vom Datum dieser Veröffentlichung an gerechnet, einzureichen.

Der Leiter
der Sozialversicherungskasse
in Siedlce
gez. Sorge
Regierungsrat.

Der Stadthauptmann
in Warschau
Der Amtsarzt

B e k a n n t m a c h u n g .

Im Zusammenhang mit der im laufenden Jahr festgestellten bedeutenden Erkrankungszahl unter den Einwohnern der Stadt Warschau an Malaria erinnere ich an die Notwendigkeit der Meldung dieser Krankheitsfälle bei den entsprechenden Gesundheitsstellen bezw. an das Fürsorge- und Gesundheitsamt /Złotastr.74, Fernruf 338-30/, um den Sanitätsorganen die Durchführung der Vorbeugungsaktion zu ermöglichen.

Malaria ist eine der ansteckenden Krankheiten, welche der Zwangmeldepflicht unterliegt, laut Anordnung vom 21.11.1935 /Ges. Bl.Nr.27, Pos.198/ über die Vorbeugung der Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung.

Der Amtsarzt
I.V.
/-/ S c h u h m a n n .